UTAH DEPARTMENT OF HEALTH
Community & Family Health Services Division

CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
44 North Medical Dr. P.O. Box 144610
SLC UT 84114-4610
(801) 584-8484 FAX (801) 584-8545
(800) 829-8200

SOLICITUD DE SERVICIOS

Persona que recibirá los servicios:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Segundo

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Condado: _____ Teléfono del domicilio: _____ Teléfono del trabajo: _____

Número de Seguro Social: _____ Sexo: _____

Raza: Blanca ❒ Afroamericana ❒ Indígena americana ❒ Asiática o de las islas del Pacífico ❒ Otro ❒

Origen étnico: Latino ❒ Idioma que se habla en el hogar _____

Padres ❒ **Guárdian ❒** **Cónyuge ❒** **Otro ❒**

Nombre del padre: _____
Apellido Nombre Segundo

Nombre de la madre: _____
Apellido Nombre Segundo

Dirección y número de teléfono, si es diferente al de arriba:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono del domicilio: _____ Teléfono del trabajo: _____

Amigo o pariente que pueda comunicarse con la familia:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estad _____ Código: _____

Teléfono: _____

Recomendado por: _____ _____
Nombre Agencia

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Problema, condición o razón para hacer la solicitud: _____

_____

_____

_____

Servicios solicitados: _____

_____

_____

Autorización y consentimiento:

- Entiendo que la información se recopila y se comparte con otros profesionales según sea necesario para facilitar los servicios y el tratamiento acordados.
- Doy mi consentimiento para que se ofrezcan los servicios y el tratamiento acordados.

Firma Padres ❒ Tutor ❒ Otro ❒ _____ Fecha: _____

Nuestra norma es proveer servicios razonables para atender las incapacidades conocidas de pacientes y sus familiares de acuerdo con la ley que rige a personas incapacitadas.

Rev 2/12/01 WT